様式第1号(第4条関係)

日中一時支援事業利用申請書

年　　月　　日

　(宛先)南砺市社会福祉事務所長

　南砺市日中一時支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

　この事業の利用承認決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |
| 係る児童  申請に | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | 続柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | 療育手帳番号 | | | | |  | | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
| 世帯の状況 | 氏名 | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | 生年月日 | | | | 個人番号 |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他のサービス利用の状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分 | 有・無 | | 区分　1　2　3　4　5　6 | | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類、内容等 | | | | | | |
| 介護保険 | 要介護認定 | | 有・無 | 要介護度 | 要支援(　)・要介護　1　2　3　4　5 | | |
| 利用中のサービスの種類、内容等 | | | | | | |
| 申請する支援の内容 | | (希望する施設　　　　　　　　　)  □週(　　)回(月・火・水・木・金・土・日)  □2時間未満  □2時間以上4時間未満  □4時間以上6時間未満  □6時間以上8時間未満  □8時間以上 | | | | | | |